



COMUNE DI MOSCIANO S. ANGELO

Area Amministrativa

Servizi Turistici, Culturali e Scolastici

Spazio Ufficio Protocollo

Da trasmettere
entro e non oltre
il 05.09.2021

All'Ufficio Servizi Scolastici

OGGETTO: Domanda di iscrizione al servizio di refezione scolastica a. s. 2021/2022.

Il/La sottoscritto/a (generalità genitore o esercente potestà genitoriale)

COGNOME		NOME																			
NATO A											DATA di NASCITA										
CODICE FISCALE																					
RESIDENZA Via/Piazza														N. CIV.							
COMUNE	MOSCIANO S. ANGELO	Prov.	TE	TEL. - CELL.																	
E mail																					

CHIEDE

nella qualità di esercente la potestà genitoriale

l'iscrizione al servizio di refezione scolastica nell'a. s. 2021/2022;

nell'interesse di

Generalità dello studente destinatario

COGNOME										NOME									
NATO A										DATA di					NASCITA				
CODICE FISCALE																			
Scuola frequentata dallo studente nell'anno scolastico 2021/2022:																			
Classe di frequenza: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (<u>barrare il quadratino relativo alla classe frequentata</u>)																			

DICHIARA:

- Che l'utente necessita di diete speciali per motivi:
- sanitario-patologici
 - etico-religiosi
- Che l'utente sia soggetto diversamente abile in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5.2.92, n.104
- Che l'utente ha fratelli/sorelle che usufruiscono del servizio di refezione scolastica nel Comune di Mosciano Sant'Angelo (indicare i nominativi: _____)

A tal fine allega alla presente:

- **Copia fotostatica documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;**
- **Copia attestazione ISEE in corso di validità** e privo di difformità. Nel caso di mancata allegazione dell'ISEE verrà assegnata la fascia tariffaria più alta;
- **Codice IBAN** per accredito su conto corrente postale o bancario (inserire detto codice nel riquadro sottostante o allegare una copia dell'Istituto bancario in cui è riportato) presso Banca/Poste _____

filiale di _____ intestato a _____

I	T																																							
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- *in caso di necessità di dieta speciale per motivi sanitario-patologici* idonea certificazione medica

- (*in caso di situazione in cui si ha diritto all'esenzione dal pagamento del servizio*) Certificazione medica rilasciata dalla ASL territorialmente competente e comprovante lo stato di disabilità del minore ai sensi della Legge n. 104/1992.

Il sottoscritto dichiara:

- 1.** di accettare e rispettare tutte le norme che regolamentano il servizio di refezione scolastica comunale;
- 2.** di essere a conoscenza che si applica l'articolo 4, comma 2, D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109 in materia di controllo di veridicità delle informazioni fornite e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci rese in sede di autocertificazione;
- 3.** di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità ivi indicate, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Data _____

Firma
